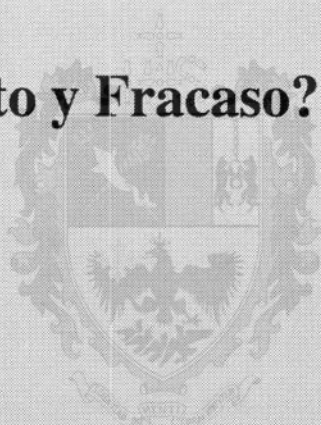


RES 15  
6079

# **El Tratamiento en la Comunidad Terapéutica**

## **¿Éxito y Fracaso?**



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

**Licenciada René LOPEZ de MERAYO NUÑEZ**

**Buenos Aires, Julio de 1997**

## **Agradecimientos**

*El presente trabajo ha sido posible gracias a la invaluable colaboración de personas e instituciones dedicadas a la problemática de la Drogadependencia desde el punto de vista docente, preventivo y asistencial. De forma abierta, generosa y sin prejuicios han brindado su conocimiento y experiencia dando lugar a que se pudiese concretar esta investigación.*

*Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Presidencia de la Nación.*

*Instituto de Drogadependencia de la Universidad del Salvador*

*Lic. Nélide De Luca*

*Lic. Jorge Letcher*

*Srta. Cecilia Fava*

*Lic. Andrea Grinberg*

*Lic. Hugo Echandi*

*Lic. Horacio Cárdenas Rivarola*

*Lic. María Ines Maciel*

*O.S.T. Daniel Duarte*

*Lic. Claudio Greco*



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

**FUNDACION ATREVERSE**

**FUNDACION NUEVO NACIMIENTO**

**FUNDACION LA VANGUARDIA**

**CENTRO JUVENIL ESPERANZA**

**PROGRAMA ANDRES**

**FUNDACION VIDA Y FAMILIA**

**COMUNIDAD DE ASISTENCIA PSICOTERAPEUTICA SAN ISIDRO**

*Y en especial al Lic. Andrés Samá, quien como tutor contribuyó plenamente en el presente trabajo.*

## **Indice:**

1. Introducción
2. Hipótesis
3. El Individuo Adicto
4. La Comunidad Terapéutica – El Tratamiento Residencial  
La Recaída
5. Datos Empíricos
6. Experiencia Empírica Explorativa – Descriptiva
7. Objetivos a Alcanzar a los Tres Meses de Tratamiento
8. Cuestionario Pacientes
9. Cuestionario Directores y/o Responsables Terapéuticos
10. Muestra Actual: Datos y Análisis de los Resultados
11. Conclusiones
12. Anexo 1- Prueba Piloto
13. Anexo 2- Entrevistas a tres Directores de Comunidades Terapéuticas
14. Bibliografía



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## **Introducción:**

La presente investigación se realiza en atención a la importancia preponderante que han tenido los tratamientos residenciales en Comunidades Terapéuticas en los últimos 20 años, manifestándose como un instrumento eficaz en el tratamiento de las adicciones.

En este marco, la modalidad de tratamiento residencial para la rehabilitación de adictos, ha sido sin duda, la que mejores resultados ofrece, siendo en la actualidad la forma de rehabilitación que más índices de recuperación tiene, calculándose que más de un 20% de los enfermos en tratamiento lo hacen en Comunidades Terapéuticas.

Sin embargo, se estima en estos tratamientos un porcentaje significativo de interrupciones con relación a las altas.

Lo expuesto amerita estudiar el tema, con el propósito de arribar a algún conocimiento sobre si los tratamientos inconclusos aportan al sujeto una experiencia positiva, que hiciera que se incorpore a un eventual programa más rápidamente.

Se denominan objetivos intermedios todas aquellas propuestas terapéuticas y educativas a alcanzar durante el transcurso del tiempo planificado de tratamiento. Hemos encontrado que los programas terapéuticos de las instituciones consultadas establecen logros a alcanzar, ya sea al mes, a los tres meses, a los seis meses, o más, diferenciándose los mismos del objetivo final, es decir, el egreso.

Se trata, entonces, de conocer si aquellos objetivos terapéuticos intermedios alcanzados por pacientes de programas residenciales, aportan al sujeto una experiencia positiva, con relación a un nuevo tratamiento.

El objetivo de este trabajo será analizar el perfil de los pacientes drogadependientes, con tratamientos anteriores no terminados, y sus ventajas, o su grado

de positividad, en la inserción de nuevos programas de rehabilitación.

## **HIPÓTESIS**

***LOS PACIENTES DROGADEPENDIENTES CON TRATAMIENTOS INCONCLUSOS EN PROGRAMAS DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS LLEVAN UN APRENDIZAJE QUE FACILITA LA INICIACIÓN Y SU INCORPORACIÓN A UN NUEVO TRATAMIENTO.***

### **El Individuo Adicto**

El individuo adicto se encuentra en una situación en la que ve afectada su vida laboral, social y familiar. La dependencia física y psíquica lo lleva al uso compulsivo, a la pérdida del control y a la necesidad de la provisión y el uso continuo de drogas. De la dependencia deriva un estado biológico, fisiológico y psíquico alterado, en donde la administración continua de la sustancia psicoactiva previene al individuo de la angustia y descompensación ligada a la abstinencia, siendo también la instalación del fenómeno de la tolerancia, un hecho más que lleva al sujeto a una situación de mayor compromiso e intensidad con la sustancia.

En las personas afectadas por toxicomanías o drogadependencias se observa la dificultad de expresar con palabras las emociones, los sentimientos y el propio pensamiento. El lenguaje es en general sin palabra, sin dicción (a-dicto), lo no dicho es actuado, o coagulado en el cuerpo. Es posible observar el intenso sufrimiento y la gran desesperanza en que se encuentran.

Por esto parece difícil el acercamiento a una persona que presenta un cuerpo y un alma lastimados y denigrados, y que si de desintoxicación se trata, no solo habrá que apelar a los conocimientos puramente médicos de la intoxicación aguda o crónica, sino



que habrá que pensar en la desintoxicación del alma. El Dr. Luigi Cancrini prefiere hablar de 'desafectación', palabra que amplía el campo, y nos permite pensar en algo más amplio que la sola recomposición de los neurotransmisores y la equilibración del plano orgánico.

De los diferentes estadios adictivos, uso experimental, uso ocasional, uso regular y drogadependencia, para los fines de esta investigación, nos interesará el último, aquel que lleva al individuo a colocar a la sustancia en el lugar de centro de su vida, y cuya terapéutica se encuentra, de acuerdo a la experiencia, en el tratamiento residencial.

Respecto del por qué un sujeto llega a una situación de compromiso tal con la droga, es que diferentes estudiosos han tratado de dar cuenta e identificar las vulnerabilidades psicológicas predisponentes.

Wielder y Kaplan, (1969), sostienen que las drogas cumplen funciones relacionadas con déficits psicológicos, como si fueran prótesis con efectos psicodinámicos y psicofarmacológicos contra los efectos displacenteros, como el dolor moral y el estrés.

Wurmser, (1974), hablaba de una vulnerabilidad constitucional hacia afectos como la ira, el tedio, la angustia, la soledad, la vergüenza, la desvalorización, la debilidad o la depresión, dando lugar a trastornos narcisistas, fallas en la estructuración del self e hiposimbolización, con lo cual, los factores predisponentes, como factores específicos ligados a crisis narcisísticas y factores precipitantes, acompañado por la disponibilidad de droga, darían lugar al consumo compulsivo de sustancias.

Edward Khantzian, (1985), enuncia su teoría de la droga como automedicación, la droga como prótesis, lo cual sería un intento de sujeto de asistirse a sí mismo y de defenderse de aquellos afectos perturbadores, quizá en un intento adaptativo.

E. Khantzian y C. Treece, describen los intentos del adicto para controlar la 'agresión propia', que es vivida como una amenaza inminente de desintegración yoica.

Concibieron la adicción a opiáceos como intento de automedicación, o consumo de 'medicación casera', y entre otras cosas describen tres elementos que evidencian vulnerabilidad caracterológica y que darían cuenta del pasaje del uso al abuso :

1. *"...Inhabilidad en el manejo de los sentimientos y déficit en la capacidad anticipatoria de las situaciones estresantes..."*;
2. *"...Baja autoestima, representaciones pobres de sí mismo y de los objetos..."*; y
3. *" Trastornos cognitivos..."*.

Adams en 1978, considera que los adictos deben incluirse en la categoría de lo que actualmente se denomina "trastornos fronterizos" de la personalidad al describirlos como "...menos impedidos que los psicóticos, pero mucho más que los neuróticos...".

Para el Dr. Claude Olievenstein "...el destino del toxicómano nos empieza a concernir cuando nos encontramos desarmados ante ese dúo indisoluble, al mismo tiempo real e imaginario, que el individuo y el producto conforman, dúo que, además, el sujeto puede reproducir una y otra vez con un simple gesto...". Nos cuestiona nuevamente encontrarnos ante el dúo sujeto-dependencia. Descubrimos estupefactos que esta dependencia **no es sólo un fenómeno pasivo físico-químico sino un fenómeno activo voluntarista, un modo de existencia, una relación con la vida que le permite evacuar todo aquello que sabemos del sujeto desde el estadio del espejo roto**, su búsqueda de la desmesura y el relámpago fusional con el producto. Apela a nosotros tercera vez en el sufrimiento manifiesto del sujeto desintoxicado que forma con él un dúo tan temible como el que formaba iniciáticamente con el producto.

Estos tres dúos tienen en común el juego de la memoria más o menos censurada: memoria inexorable y desmesurada que alternativamente recuerda el placer y la carencia,

que introduce la credibilidad pero a su manera : **su falta está en la carencia y la carencia es su falta.**

### **La Comunidad Terapéutica - El Tratamiento Residencial**

El tratamiento residencial en Comunidad Terapéutica es la modalidad que ha tenido un enorme crecimiento, y que por los datos que se disponen, arrojan un interesante porcentaje de pacientes graduados.

Entre estas instituciones encontramos desde las tradicionales comunidades de vida, cuya esencia es la autoayuda y cuyo dispositivo terapéutico esta centrado en los efectos de la grupalidad misma, hasta las clínicas de internación profesionalizadas, cuyo motor es la tarea médico - psicológica, con intervención profesional enmarcada en los discursos disciplinarios, y también encontramos en las comunidades terapéuticas propiamente dichas, que procuran articular el saber de las disciplinas con el saber de la práctica, a través de la inclusión de los profesionales no tradicionales, comúnmente llamados operadores socio-terapéuticos.

La tarea central de estos últimos programas de eje comportamental es tanto lo reeducativo ,de eje conductual, a través de lo normativo, como lo terapéutico, utilizando terapias individuales y grupales, en donde la abstinencia es soporte del tratamiento.

El objetivo principal de una Comunidad Terapéutica es fomentar el crecimiento personal. Esto se consigue **cambiando el estilo de vida del individuo**, mediante una comunidad de personas interesadas, que trabajan juntas para ayudarse a si mismas y entre sí.

La Comunidad Terapéutica representa un medio ambiente altamente estructurado con limites definidos, ya sean morales, o éticos. Emplea tanto sanciones y penalidades



impuestas por la Comunidad , como ascensos de status y privilegios ganados por el miembro, como parte del proceso de recuperación y crecimiento.

La Comunidad, por su misma estructura y filosofía determina una participación activa y continua del paciente en su tratamiento, hasta el punto de lograr con el tiempo, posiciones de relevancia dentro de la estructura comunitaria.

Ser parte es algo más grande que uno mismo, es un factor especialmente importante para facilitar el crecimiento positivo.

La gente que se encuentra en una Comunidad Terapéutica es miembro, como en cualquier grupo familiar , y no paciente como en una institución. Los miembros actúan como modelos de rol positivo para ser imitados por los otros.

Los miembros y el staff actúan como facilitadores, enfatizando la responsabilidad personal y el automejoramiento. El staff brinda apoyo y servicio a los miembros, y se comparte la labor de manera que haya una verdadera inversión en la Comunidad. La presión de los pares generalmente es el catalizador que convierte la crisis en cambio positivo.

Las altas expectativas y el gran compromiso, tanto de parte de los miembros como del staff, refuerzan este cambio positivo.

**La percepción de los propios problemas se logra a través de la interacción grupal e individual**, pero el aprendizaje por medio de la experiencia, fracasando y triunfando, es considerado la influencia más fuerte hacia el logro de un cambio duradero.

La Comunidad Terapéutica enfatiza la integración del individuo dentro de ella, y el progreso se mide dentro del contexto de la misma, teniendo como referencia las expectativas de la misma.

La autoridad es tanto horizontal como vertical: se propician conceptos de participación en las responsabilidades y en la toma de decisiones.

La comunidad terapéutica tiene sus orígenes dentro de la psiquiatría hospitalaria, comienza posiblemente en las investigaciones de H.S.Sullivan, hace ya más de 40 años, en el Hospital Shephard y Enoch Pratt en los Estados Unidos. Sullivan enfatizó lo que estaba implícito en Freud: que la psicología es el resultado de la suma de reacciones interpersonales, y que el hombre es ante todo el producto de un sistema complejo de vínculos afectivos y de inter-relaciones sociales polivalentes.

La Comunidad Terapéutica implica en última instancia, que las modificaciones enfáticamente dirigidas hacia el mundo social repercuten también en los esquemas de la relación de objetos internos, y pueden por lo tanto, en las condiciones experimentales de la comunidad, ser utilizadas productivamente como instrumento de cambio.

Tanto Maxwell Jones- D.H.Clark de la escuela británica para patologías psiquiátricas, como el papel determinante de Synanon, 1958, en el estado de California, en relación con el campo de la droga, se sustentaron en un modelo conductista y residencial, siguiendo los lineamientos de Alcohólicos Anónimos, con la dirección de adictos recuperados.

Para el Dr. Juan Yaría, esta falta de profesionalización habría causado no pocos problemas a las instituciones, generando hasta psicosis institucionales por el sometimiento hipnótico al líder vivido como un gurú. Actualmente los modelos de comunidad terapéutica profesional encuentran su mayor desarrollo en Europa. El médico y el psicólogo han descubierto el valor terapéutico de lo comunitario, consideran que la institucionalización no es represiva cuando está al servicio madurativo de las personas que acuden a ella, y organiza una estrategia terapéutica en donde la fuerza del grupo de pares, sustancia misma de la vida de la comunidad terapéutica, se asocia a una técnica basada en las terapias grupales, familiares, e institucionales.

La mejor utilidad de este modelo se observa en el manejo de pacientes con

pronóstico muy grave, los que, en virtud de la rigidez y demarcación caracterológica de sus defensas, dificultan cualquier otra intervención terapéutica.

Más allá que en nuestro país sea el modelo de comunidad terapéutica tradicional el que en forma generalizada se ha puesto en práctica, existen posturas muy importantes que parte de experiencias y teorizaciones diferentes a este modelo predominantemente conductista, en el enfoque terapéutico del adicto. Uno de ellos, que se puede considerar de gran importancia por lo substancioso de su experiencia, tiene que ver con lo puesto de manifiesto por el Dr. Claude Olievenstein cuando nos habla de la importancia de un lugar de acogida que sea abierto, en donde el sujeto pueda jugar ese movimiento de entrar y salir de acuerdo a las condiciones que le impone la intensidad de su sufrimiento, hasta tanto se produzca ese encuentro, que implicará su decisión de comenzar el camino doloroso de un tratamiento.

Olievenstein dice: "...Los efectos del producto, lo que crea especialmente la toxicomanía, no son del orden de la palabra. Pueden pensar lo que quieran: calor, imagen, fantasía, Dios; pero no son del orden de la palabra. La palabra sólo puede expresar que la salud es ese no saber que es lo que hay hacia adentro y a lo que se va a tratar de acercar en lo posible. Entonces así, se toca el límite de la palabra, que se borra para augurar un vacío peligroso; y para llenar este vacío, se hace fundamental la intensidad de las relaciones afectivas, el calor de las relaciones terapéuticas y los gestos. Por lo tanto no es solamente la palabra, y si su pasión significa el compromiso de ir hasta la abstinencia... porque él sabe mejor que usted, que el recuerdo mejorable del placer, está en su cabeza y lo hará fracasar, y muy a menudo el toxicómano ha jurado que va a suicidarse, porque curiosamente se encuentra en una situación de falta, en donde no hay nada..."

Claro está que esta concepción, se sustenta en una formulación teórica previa que

se contrapone en muchos aspectos con los postulados comportamentalistas.

### LA RECAIDA

Las elevadas tasas de recaída que se observan en los pacientes sometidos a tratamientos por drogadependencia, cuestionan la eficacia del esfuerzo terapéutico. Sin embargo, esta alta reincidencia es citada con frecuencia como indicativa tanto de la naturaleza patológica de los adictos como de la naturaleza irreversible de las conductas adictivas.

De todas maneras es necesario plantear la pregunta de si la tasa de recaída en las conductas adictivas es más alta que en cualquier otro propósito que las personas tienen, en relación al cambio de hábitos.

La palabra recaída posee connotaciones de enfermedad, es un término médico definido como retorno de los síntomas de la enfermedad tras haber alcanzado aparentemente la recuperación en el curso de la misma. Algunos autores abocados a esta problemática, prefieren designar a la "recaída", como el incumplimiento de propósitos. Atribuyendo a conceptos tales como "deseos irresistibles" y "pérdida de control" como algunas de las causas del incumplimiento de propósitos.

Estas posturas eluden el conocimiento que, la pérdida de control esta muchas veces más allá de la buena voluntad del paciente o del terapeuta..

Es una tarea ineludible, que constituye parte del trabajo de prevención de las recaídas, el conocimiento y entrenamiento de los pacientes para enfrentar situaciones de alto riesgo ligadas al consumo.

Lichtenstein y Weiss (1986) han indicado que la confianza en la propia capacidad de afrontar situaciones amenazadoras se aprende de los intentos de abandono de la conducta adictiva, incluso en los que fracasan.. Señalaron que más que percibirse como fracasos, las recaídas, por la experiencia que aportan preparan al individuo para el próximo intento de abandonar la conducta.

Tradicionalmente, la pérdida de control se consideraba el mecanismo responsable de seguir con el consumo, pero esta explicación fundamentada en los principios biológicos no ha encontrado apoyo empírico en relación al consumo de alcohol o de heroína, y nunca se ha propuesto con respecto a la nicotina (Marlatt, 1978). Marlatt ha descrito un modelo alternativo para explicar porque el consumo inicial tiene como resultado la continuación de la conducta. Este autor ha señalado que existe un mediador psicológico entre - el Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA) - que constituye la segunda parte del proceso de recaída. (Marlatt & Gordon, 1985).

La intensidad del EVA fue considerado por Marlatt como el resultado final de dos procesos psicológicos. Estos están relacionados con las carencias del individuo sobre las causas de la conducta y las respuestas emocionales ante estas carencias.

Diversos autores se interrogan sobre cuáles pueden ser las causas de las recaídas y del no poder sostener la abstinencia. Cuando se consideran las recaídas, siempre resulta adecuado tener en cuenta la otra cara y preguntarse porque las personas mantienen o no la decisión del no consumo. Se han señalado diversos factores potenciales que incluyen los buenos propósitos, los compromisos, las estrategias de afrontamiento, las expectativas de resultados positivos para el cambio, la vigilancia cognitiva, y la confianza en el logro del cambio. Biernacki (1986) y

Billings y Moos (1983), han afirmado que los recursos accesibles y existentes para mejorar el estilo de vida contribuyen en forma importante al mantenimiento del propósito. Es mucho más fácil cambiar de hábito si se tiene acceso a amigos, familia, empleo y se goza de buena salud. El acceso a alternativas permite una plasticidad, un espacio para maniobrar que se niega a los desempleados, desahuciados y enfermos.

El período inmediatamente posterior al término del programa terapéutico suele ser un período crítico respecto a la recaída para el ex -adicto.

La labor de prevención de las recaídas y el seguimiento post tratamiento constituyen un punto nodal sobre el cual se debe posar la mirada terapéutica de todo programa que intenta la recuperación de adictos.

### **Datos Empíricos:**

Para esto, se ha tomado información de una investigación en curso, de la cual surge que :

	Numero	Porcentaje
Pacientes Reportados	1531	100%
Pacientes Egresados	1140	74,46%
Pacientes en tratamiento	391	25,54%

### **Tipos de Egresos sobre un total de 1140 casos:**



	Numero	Porcentaje
Externaciones (abandonos voluntarios)	702	61,57%
Fugas	92	8,07%
Pases	59	5,17%
Expulsiones	85	7,45%
Altas	202	17,71%
Total de Egresos	1140	100%

\* Organizaciones No Gubernamentales Consultadas: 26 (VEINTISÉIS)

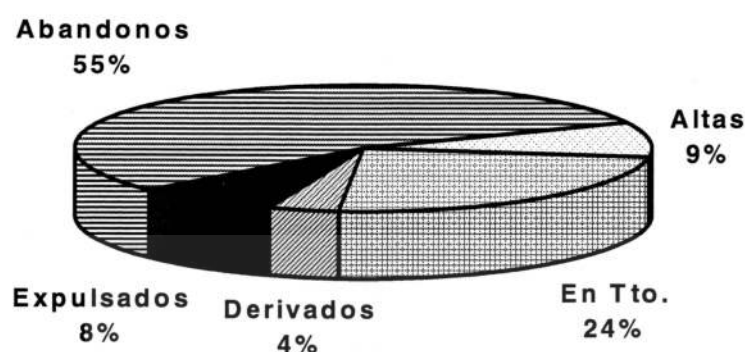
Período Tomado: 1991 al 1995.

Asimismo, una reciente publicación del Programa ASER (Programa de tratamiento de adictos en comunidad terapéutica), nos informa :



**aser**

Retención de becados por SE.DRO.NAR.  
Sobre 75 derivados entre Septiembre de 1992 y  
Enero de 1996



Como se observa en el primer cuadro, es muy alto el porcentaje de egresos .82,26% con relación a las altas 17,71%, lo que nos hace preguntar sobre si esta regularidad constituye una cierta 'normalidad' del proceso terapéutico, y por ello pensar el 'fracaso' como parte inherente al tratamiento para este tipo de problemática.

La cantidad de egresos, bajo concepto diferente que el de las graduaciones, es un 82,26% en el primer cuadro y de 67% en el correspondiente al Programa Aser.

Esto nos lleva inmediatamente a planteamos el tema de la recaída y la reincidencia en el consumo, como tema central a tener en cuenta en los tratamientos.

Los conceptos de recaída y reincidencia, si bien a veces se usan como sinónimos, apuntan a situaciones distintas.

**Recaída es la situación en la que alguien que se encuentra en abstinencia, consume nuevamente; sin que este hecho implique necesariamente volver al consumo compulsivo. La recaída en este sentido es una situación coyuntural.**

La reincidencia por el contrario, es una vuelta a la situación de consumo compulsivo o dependencia de drogas, implica por lo tanto, volver a la situación de origen.

La recaída es ocasional , mientras que la reincidencia se prolonga en el tiempo. La recaída podría ser el primer paso de la reincidencia, o todo lo contrario, ser el primer paso de la abstinencia definitiva.

Sobre la recaída, Analía Kornblit y otros en Sociedad y Droga, dice: "...Se entiende por recaída, la reiniciación del consumo de una sustancia después de haberlo interrumpido por un tiempo. El plazo mínimo a partir del cual se considera en general que pueden estudiarse las conductas de recaída es de tres meses a partir de la interrupción del consumo.

El proceso de cambio de un hábito de drogadependencia comprende tres etapas:

- 1• Compromiso y motivación para el cambio;
- 2• Cese del uso de drogas (la abstinencia es acá pregonizada como una vía para lograr el autocontrol, no como un fin en sí mismo); y
- 3• Mantenimiento a largo plazo del cambio de conducta.

Las recaídas se consideran como una transición en el proceso de cambio de hábito, que puede llevar o no al retorno a los niveles de base del consumo. Para actuar presuntivamente, es importante saber que las dos terceras partes de todas las recaídas ocurren en el lapso transcurrido entre el cese del consumo y los tres meses posteriores...".

El Dr. Claude Olievenstein, en cuanto a las instituciones de tratamiento de adictos, comenta: "...tenemos instituciones comportamentalistas más o menos buenas que hacen tratamiento comportamental a través de tratamiento de grupos, hasta las instituciones fascistoides. Pero este sistema puede andar para los sujetos que tienen un 'espejo apenas roto'. Y esto no cambia los problemas, las razones por las cuales el sujeto ha tomado el producto.